numéro 151
L'APPORT DE LA PSYCHOLOGIE AUX QUESTIONS DE NOTRE TEMPS
Octobre 97



CONGRÈS, RENCONTRES, DÉBATS P. 12


LA CLINIQUE DES EXTRÊMES P. 18


CLINIQUE P. 50


XVIe FORUM DES PSYCHOLOGUES P. 55


CINÉMA P. 66

Michèle Grosclaude

La clinique des extrêmes

Restaurer le sujet inconscient en un lieu où il semblait disparu, pulvérisé. Entre la vie et la mort, le coma et le passage en réanimation font resurgir les angoisses primitives, l'irreprésentable de ces expériences qui ont marqué la naissance de l'individu à la vie psychique. Voisins de la psychose, ces états requièrent de la part du soignant une écoute, une démarche singulière, afin de prendre acte de cet impossible. Et permettre au patient de se réapproprier ses étranges productions, entre la réalité et un rêve qui ressemblerait plutôt à un cauchemar...

Journal des Psychologues : Le Professeur Claude Barrois, dans la préface de votre livre, vous définit commē une « réanimatrice du psychisme ». Qu'en pensez-vous ?

Michèle Grosclaude : Je m'y reconnais. Mais, évitons les possibles malentendus ! Il ne s'agit pas d'une intervention unilatérale, autoritaire qui ne ferait pas de place à l'interlocuteur. Car quelles que soient les apparences, il y a quelqu'un. Quelqu'un, quelque part, dans un état méconnu, dans ces lieux inconnus que sont les productions particulières de la psyché, à ce moment donné : le délire verbal, et en deçà les mimiques, les postures de retrait et même l'absence de réaction. Il ne s'agit donc pas d'« injecter » du psychique mais de prêter attention, d'accompagner un sujet dont les manifestations ne sont pas toujours intelligibles, voire perceptibles, pour l'environnement immédiat.

J.d.P. : Quelle est la différence de problématisation entre la réanimation et le coma?

M.G. : Dans un premier temps et de façon globale, disons que la réanimation et le coma semblent produire un même type d'expérience subjective fondée sur une apparente identité des récits, des éprouvés et des manifestations cliniques. En effet, les sujets qui évoquent leur coma ou qui parlent de leur passage en « réa », décrivent l'expérience du « trou-réa » – sur laquelle nous reviendrons. Ceci étant, en analysant plus précisément les états de ces sujets il semblerait que l'expérience à l'intérieur du coma soit plutôt de type fœtal, comme un repli extrême sur soi, alors que l'expérience de la réanimation ou de l'éveil de coma – tout en laissant ouverte la question : à partir de quand, l'éveil ? – irait plutôt chercher du côté d'un vécu persécutif. Tout se passe comme si, à mesure que l'éveil et la réalité se pointent à la faveur de la destructuration psychique, se déchaîne alors le sentiment intense d'être persécuté. En effet, la réanimation a comme particularité de faire converger trois facteurs : premièrement, la menace vitale, qui est la raison d'être même de la réanimation ; deuxièmement, la toute-puissance, car maintenir ou sauver la vie implique obligatoirement son revers, au moins imaginaire : le pouvoir supposé de la retirer... Troisièmement, le trouble du jugement de réalité quantitativement plus ou moins long. C'est-à-dire que dès que ce jugement vacille, les contenus de pensée deviennent réalité. Il y a un quatrième facteur qui a trait à la réanimation chirurgicale : la coupure, l'ouverture réelle dans le corps en tant qu'atteinte violente corporelle contribuerait au dépassement d'un seuil dans le registre dramatique, traumatique et persécutif.

J.d.P. : Vous parlez de « mémoire blanche ». Est-ce à situer dans le registre du « blanc » tel qu'il



Docteur d'État, psychanalyste, maître de conférences des universités en Psychologie clinique et Psychopathologie à l'université Louis Pasteur de Strasbourg, Michèle Grosclaude dirige l'EPPM (Équipe Psychologie clinique, Psychopathologie, Milieu médical) où elle mène des travaux sur les pathologies psychiques lourdes : réanimation, psychose, autisme, démence. Elle est responsable du Réseau Européen Interdisciplinaire de Recherche sur Réanimation et Psychologie (REIRPR) ainsi que de la revue «Les Cahiers du Réseau». Elle a, en outre, une pratique hospitalière aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg (DAR, Professeur J.P. Dupeyron). Son ouvrage *Réanimation, Coma, A la recherche du sujet inconscient* (Ed. Hospitalières, 1996) a obtenu le Prix Psychologie 1997 du XV[e] Forum Professionnel des Psychologues

est conceptualisé par André Green à propos du narcissisme négatif ? (1)

M.G. : Je reprends, en effet, ce concept à Green même si ce n'est pas totalement superposable. Cette « mémoire blanche » n'est pas amnésique. Il y a comme un effet mémoire, une trace d'une a-expérience c'est-à-dire d'une irreprésentable expérience subjective dont il resterait quelque chose. Le meilleur exemple, c'est ce qu'on appelle le « trou-réa ». En 1984, nous avons fait appel, par voie de presse, à des témoignages de gens ayant séjourné en réanimation. Ils disaient ne se rappeler de rien et ils pleuraient. Leurs paroles étaient toujours les mêmes : « un trou », « un rêve », « un cauchemar », « un autre monde ». Ce trou dans le corps, trou de mémoire, produit le sentiment pour le sujet de l'arrachement d'une partie de soi. C'est un traumatisme qui se traduit souvent par un état dépressif, un affect déconnecté et l'impression de « revenir de loin ». C'est aussi une réminiscence de fragments perceptifs corporels : des rires d'infirmières, des bruits de talons, des visions mêlées à des hallucinations. Le tout dans une ambiance persécutoire qui reste comme un percept très violent. Et que l'on peut se réapproprier avec un autre, dans certaines conditions. Cela inaugure le lien entre le sujet et ses productions. Un lieu de résidence du sujet qu'il peut enfin identifier.

***J.d.P. :** Concernant la clinique de la réanimation, vous parlez de « clinique du paradoxe » et dans ce modèle, vous rendez compte d'un ensemble d'états cliniques hétérogènes – comme les mourants, les nourrissons, les victimes de torture, les traumatisés crâniens, les psychotiques infantiles. Qu'ont-ils de commun ? Et en quoi le paradoxe est-il à l'œuvre ?*

M.G. : Il s'agit d'une expérience de désorganisation, de déstructuration subjective, vécue dans une solitude absolue. Je parle de paradoxe car c'est une clinique de l'amnésie marquée par une mémoire particulière, où le sujet se souvient sans vraiment savoir qu'il se souvient, au travers de traces perceptives de l'originaire. Ce sont ces « terreurs sans nom » dont parlait Bion. C'est une clinique qui vient rappeler qui nous sommes. Une complexité psychosomatique, issue d'une longue histoire, avec un fonctionnement psychique et une structure identitaire fragiles, est toujours susceptible d'être bouleversée à la rencontre d'un événement de l'ordre d'une agression exceptionnelle. Aussi bien les tortures, que les expériences originaires infantiles marquées par la dépendance, les menaces de perte, de destruction, de persécution viennent réactualiser le sentiment que tout peut se défaire, revenir d'où c'est venu. C'est une clinique psychique de la détresse face à la mise à découvert de fictions qui évoquent les « états primitifs » avec le déchaînement cataclysmique dehors/dedans, avec la menace sauvage de l'autre persécuteur, le clivage représenté par l'autre féroce/bon et l'importance fondamentale d'un autre fiable et secourable par rapport à cet autre menaçant. Oui, c'est vraiment une clinique du paradoxe au sens où il semble qu'il n'y a personne et on ne peut pas trouver plus présent !

***J.d.P. :** Vos observations vous conduisent à l'élaboration d'un concept spécifique : le psychotiforme. En quoi consiste-t-il ?*

M.G. : Ce concept me permet de trouver un mode d'intervention avec le patient. Celui-ci – non psychotique – se comporte dans ces états de coma ou de réanimation, comme dans la psychose : le vacillement du sentiment de réalité, le vécu persécutif prennent des formes qui rendent le patient inaccessible à toute intelligibilité. Ce peut être du délire, des hallucinations, le fait de traiter les mots et les choses au pied de la lettre. Je travaille avec les patients comme je travaille avec les psychotiques. Mais attention, le psychotiforme rejoint le psychotique sans toutefois s'y confondre : ce sont en quelque sorte des expériences psychotiques sans psychose. Et si l'enjeu concerne, comme dans la psychose, l'existence du sujet, il s'agit ici d'une réélaboration de ce qui est déjà advenu de cette existence.



Michèle Grosclaude

***J.d.P. :** Vous vous attachez à prendre en compte le vécu catastrophique du patient, dans l'optique des notions comme celle d' « agonie primitive » chez Winnicott ou de « position schizo-paranoïde » issue de pensée kleinienne. Sont-elles opérantes ? Et, plus largement, la psychanalyse vous est-elle d'un quelconque secours ?*



M.G. : Plus on avance dans cette clinique du traumatisme psychique, de l'effraction du corps, plus la référence à Klein ou à Winnicott s'impose. L'esprit de la psychanalyse est en effet d'un grand secours et permet de tenter de trouver les modalités de travail qui en découlent. Ce qui se représentait jusque-là comme sujet accompli menace d'être englouti, rappelant, comme le disait Freud, que « le psychique primitif est, au sens plein, impérissable ». Un exemple me vient de la démence. Je l'ai – pardonnez l'expression – « exportée » en réanimation et elle m'a permis de penser la réalité à laquelle on est confronté quotidiennement lorsqu'on travaille dans ce lieu de l'urgence du faire.

Ce qui se représentait jusque-là comme sujet accompli menace d'être englouti

Une personne démente est assise. On veut la lever. S'engage alors une lutte sans merci avec le soignant. Elle crie, elle se débat. C'est d'une banalité totale. Si l'on fait place à ce que cet autre produit en nous – démarche habituelle en analyse – on peut reconnaître tout à coup l'une de ces agonies primitives dont parle Winnicott. En l'occurrence, la peur de tomber en morceaux. Ce qui implique cette lutte pour se maintenir entier face au soignant vécu comme anéantisseur. Cette prise en compte dans notre propre psyché et la verbalisation au patient – même s'il ne peut pas répondre – ont souvent un effet de résolution immédiate. Comme ce patient en état d'éveil qui tremble et se fatigue à se tenir aux barreaux du lit. Tout se passe comme s'il luttait désespérément contre une menace de dislocation. Il y a un profond décalage entre ce qui est vital d'un point de vue strictement médical et le vécu du patient confronté à un événement technique générant une expérience psychique terrifiante, parce que ressuscitant les angoisses archaïques de l'infans. « La mise au fauteuil » fait partie du hit-parade de ces mesures salutaires, ressenties comme des horreurs, au nombre desquelles on recense le fait d'être intubé, d'être attaché, d'être latéralisé. Je me rappelle d'un patient, en phase d'éveil et qui contemplait, stuporeux, halluciné, tour à tour son bras et le bras du fauteuil, comme s'il vivait l'horreur absolue d'une abolition des différences, un effacement des limites. Un épisode où le mot « bras » renvoyait indistinctement à un objet – le fauteuil – et à une partie de lui-même désappropriée. Il y a cette question insistante des soignants en formation : comment communiquer avec le patient ? Un exemple : Les paroles du type : « je vais vous retourner », « je vais vous piquer », « je vais vous aspirer », aboutissent la plupart du temps à l'inverse de l'effet recherché – c'est-à-dire informer le patient. Au lieu de cela, elles l'instaurent en objet-cible, l'instrumentalisent et transforment un énoncé banal du point de vue médical en discours persécuteur équivalent à : « je peux faire de vous, de votre corps, ce que je veux ».

CE SONT EN QUELQUE SORTE DES EXPÉRIENCES PSYCHOTIQUES SANS PSYCHOSE

J.d.P. :Dans cette clinique des extrêmes, la parole semble avoir une place essentielle, à la fois vitale et potentiellement destructrice. Quel est le statut des mots dans le fonctionnement psychique du sujet en réanimation ?

M.G. : Pour le patient, le statut de la parole est tout à fait particulier et on ne le sait pas. On a parlé du caractère commun évoquant le vécu de la réanimation, des effets dévastateurs des mots entendus ; il y a une troisième particularité qui soutient les deux autres : c'est le fonctionnement « au pied de la lettre » qui évoque la psychose. Les mots sont des choses comme dans la psychose. Sauf que le patient déstructuré en réanimation est extraordinairement accessible à une reliaison entre le mot et la chose, à un retour à l'accès à la métaphore et ce, dans certaines conditions relationnelles. Ainsi certains néologismes qui pourrait faire penser au maniérisme du langage schizophrénique deviennent compréhensibles, à condition de les écouter dans le contexte. À l'exemple de cette patiente, en phase d'éveil, qui se sentant traitée comme un légume par les professionnels présents qui parlaient d'elle, croyant qu'elle était dans les « vaps », leur dit tout à trac un énigmatique : « Vous me choufleurisez ». Cette clinique de la déstructuration psychique confirme, en particulier pour le sujet réanimé, que parler a des implications fondamentales dans sa survie somato-psychique. Prendre en compte cette évidence constitue une nécessité vitale autant qu'éthique face à la découverte du sujet inconscient, à l'endroit même où on ne l'attendait pas !

Propos recueillis par Fabienne Soria-Sandrin

(1) Champ du désinvestissement radical de la pensée qui peut aboutir à la psychose « blanche » : c'est-à-dire le retour régressif au point zéro, abolition du Moi qui gît, anesthésié, dans une néo-réalité délirante (cf. J.-L. Donnet et A. Green, *L'Enfant de Ça*, Éd. de Minuit, 1973).